

Meldunek 9/B/99

o zachorowaniach na choroby zakaźne i zatruciach związkami chemicznymi zgłoszonych w okresie od 16.09 do 30.09.1999 r.

Jednostka chorobowa (symbole wg "Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych" ICD-10)	Meldunek 9/B		Dane skumulowane	
	16.09.99. do 30.09.99.	16.09.98. do 30.09.98.	1.01.99. do 30.09.99.	1.01.98. do 30.09.98.
Choroba wywołana przez ludzki wirus upośl.odp.: ogółem (B20-B24)	2	4	82	84
Dur brzuszny (A01.0)	1	-	6	1
Dury rzekome A.B.C. (A01.1-A01.3)	-	-	1	3
Salmonelozy: ogółem (A02)	1508	1677	18375	22250
Czerwonka bakteryjna /szigelozja/ (A03)	11	42	171	454
Inne bakteryjne zakażenia jelitowe: ogółem (A04)	146	179	2845	3297
Wiusowe i inne określone zakażenia jelitowe: ogółem (A08)	24	18	1140	524
Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	454	447	10483	10183
w tym: BNO, prawdopodobnie pochodzenia zakaźnego (A09)	351	334	7781	7460
Tężec: ogółem (A33-A35)	1	1	18	19
Błonica (A36)	-	-	-	-
Krztusiec (A37)	42	70	438	2428
Szkarlatyna /płonica/ (A38)	213	249	7607	13404
Zapalenie opon mózgowych: razem	117	168	1622	2187
w tym: meningokokowe (A39.0)	1	6	89	108
wywołane przez <i>Haemophilus influenzae</i> (G00.0)	4	5	52	67
inne bakteryjne, określone i nie określone (G00.1-G00.9)	43	26	603	681
wirusowe, określone i nie określone (A87; B00.3; B02.1)	59	122	734	1187
inne i nie określone (G03)	10	9	144	144
Zapalenie mózgu: razem	14	49	346	396
w tym: meningokokowe i inne bakteryjne: ogółem (A39.8; G04.2)	3	3	85	64
wirusowe, przenoszone przez kleszcze (A84)	4	33	65	126
inne wirusowe, określone (A83; A85; B00.4; B02.0; B25.8)	-	-	20	24
wirusowe, nie określone (A86)	5	7	126	114
poszczepienne (G04.0)	-	1	1	1
inne i nie określone (G04.8-G04.9)	2	5	49	67
Riketsjozy: ogółem (A75-A79)	-	-	-	1
Ostre nagminne porażenie dziecięce, łącznie z poszczepiennym (A80)	-	1	-	1
Ospa wietrzna (B01)	999	1132	76589	121160
Odra (B05)	5	5	86	2198
Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	243	427	28245	39853
Wirusowe zap. wątroby: typu A (B15)	62	91	761	1529
typu B (B16; B18.0-B18.1)	132	160	2451	2941
typu C (B17.1; B18.2)	71	64	1284	1127
typu B+C (B16; B18.0-B18.1 + B17.1; B18.2)	5	11	96	98
inne i nieokreśl.(B17.0;B17.2-.8;B18.8-.9;B19)	24	15	273	376
Świnka /nagminne zapalenie przyusznic/ (B26)	543	2418	82712	170539
Włośnica (B75)	-	-	54	22
Świerzb (B86)	903	943	10837	11687
Grypa: ogółem (J10; J11)	68	26	2342001	769647
Bakteryjne zatrucia pokarmowe: razem	1765	1834	21292	25033
w tym: salmonelozy (A02.0)	1505	1675	18336	22206
gronkowcowe (A05.0)	8	27	336	339
jadem kiełbasianym /botulizm/ (A05.1)	6	1	73	65
wywołane przez <i>Clostridium perfringens</i> (A05.2)	-	-	-	-
inne określone (A05.3-A05.8)	36	-	123	31
nie określone (A05.9)	210	131	2424	2392
Zatrucia naturalnie toksycznym pokarmem: ogółem (T62)	28	51	104	138
w tym: grzybami (T62.0)	19	48	89	130
Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)	227	315	5185	6455
w tym: pestycydami (T60)	2	5	106	99
lekami, prep.farmakologicznymi i subst.biolog. (T36-T50)	146	177	3049	3615
alkoholem (T51)	42	62	1005	1287
Ostre porażenia wiotkie u dzieci (0-14 lat)	3	4	47	33

Zachorowania zgłoszone w okresie 16-30.09.1999 r. wg województw

Województwo	Choroba wyw.przez ludzki wirus upośl. odp.: ogółem (B20-B24)	Dur brzuszny (A01.0)	Dury rzekome A.B.C. (A01.1-3)	Salmonelozy: ogółem (A02)	Czerwonka bakteryjna /szigelozą/ (A03)	Biegunki u dzieci do lat 2: ogółem (A04; A08; A09)	Teżec: ogółem (A33-A35)	Krzusiec (A37)	Szkarlatyna (A38)	Zapalenie opon mózgowych		Zapalenie mózgu	
										Ogółem (A39.0; A87; B00.3; B02.1; G00; G03)	w tym: meningokokowe (A39.0)	Ogółem (A39.8; A83-86; B00.4; B02.0; B25.8; G04.0; G04.2; G04.8-9)	w tym: wirusowe, prz. przez kleszcze (A84)
POLSKA	2	1	-	1508	11	454	1	42	213	117	1	14	4
Dolnośląskie	1	1	-	71	-	23	1	-	15	8	-	1	1
Kujawsko-Pomorskie	-	-	-	106	-	40	-	1	13	3	-	3	-
Lubelskie	-	-	-	213	-	37	-	-	15	3	-	-	-
Lubuskie	-	-	-	36	-	6	-	2	3	2	-	-	-
Łódzkie	-	-	-	105	-	22	-	9	17	4	-	1	-
Małopolskie	-	-	-	76	-	37	-	4	19	13	-	2	1
Mazowieckie	-	-	-	152	5	55	-	15	20	14	-	2	-
Opolskie	-	-	-	33	1	6	-	-	7	4	-	-	-
Podkarpackie	-	-	-	83	1	27	-	3	6	10	-	-	-
Podlaskie	1	-	-	59	-	22	-	-	2	4	-	1	-
Pomorskie	-	-	-	124	1	34	-	-	12	5	-	1	-
Śląskie	-	-	-	95	1	40	-	-	46	16	-	-	-
Świętokrzyskie	-	-	-	81	-	22	-	5	4	4	-	-	-
Warmińsko-Mazurskie	-	-	-	101	1	32	-	2	8	9	-	2	2
Wielkopolskie	-	-	-	143	1	39	-	1	21	12	-	1	-
Zachodniopomorskie	-	-	-	30	-	12	-	-	5	6	1	-	-

Województwo	Ospa wietrzna (B01)	Odra (B05)	Różyczka: ogółem (B06; P35.0)	Wirusowe zapalenie wątroby			Świnka (B26)	Włośnica (B75)	Świerzb (B86)	Grypa: ogółem (J10; J11)	Bakteryjne zatrucia pokarmowe: ogółem (A02.0; A05)	Zatrucia grzybami (T62.0)	Inne zatrucia: ogółem (T36-T60; T63-T65)
				typu A (B15)	typu B: ogółem (B16; B18.0-1)	typu C: ogółem (B17.1; B18.2)							
POLSKA	999	5	243	62	137	76	543	-	903	68	1765	19	227
Dolnośląskie	102	1	14	-	8	13	37	-	53	-	75	-	6
Kujawsko-Pomorskie	51	-	13	-	10	6	13	-	78	43	125	-	26
Lubelskie	38	-	14	4	8	1	22	-	91	-	220	1	46
Lubuskie	61	-	6	-	5	7	8	-	23	-	36	-	10
Łódzkie	58	2	15	3	21	11	48	-	89	14	107	1	16
Małopolskie	100	-	22	26	14	2	49	-	38	-	121	2	14
Mazowieckie	85	-	25	4	26	9	45	-	55	-	150	1	5
Opolskie	23	-	5	-	2	-	36	-	12	-	33	-	1
Podkarpackie	47	-	6	1	3	2	11	-	39	-	89	4	13
Podlaskie	18	-	3	-	2	-	15	-	61	-	63	1	10
Pomorskie	47	-	11	5	5	4	46	-	22	-	137	2	22
Śląskie	140	1	47	3	16	5	75	-	180	-	129	-	5
Świętokrzyskie	53	-	10	2	6	7	11	-	20	1	97	6	31
Warmińsko-Mazurskie	54	-	20	1	-	2	24	-	69	-	105	-	9
Wielkopolskie	80	1	21	-	9	5	88	-	28	10	159	-	10
Zachodniopomorskie	42	-	11	13	2	2	15	-	45	-	119	1	3

Postępy w eradykacji poliomyelitis w świecie

W ostatnim wydaniu "Polio News" z czerwca br. (1999,4) centrala WHO w Genewie podkreśla, że upłynęły dwa lata od wystąpienia w dniu 19 marca 1997 r. ostatniego zachorowania na *poliomyelitis* w Regionie Zachodniego Pacyfiku. Zachorowanie dotyczyło 15-miesięcznej dziewczynki Mum Chanty w rodzinie zamieszkałej w domu na łodzi w Kambodży, w dorzeczu Mekongu. Od tego momentu nie było żadnych zachorowań w najbardziej zaludnionym Regionie, obejmującym również Chiny.

Równocześnie komentuje się oficjalne stanowisko rządu Indii, który poparł rezolucję Światowego Zgromadzenia Zdrowia z 24 maja 1999 r., wzywającą do eradykacji *poliomyelitis* w terminie do końca 2000 roku. Jak dotychczas Indie uważane są za największy światowy rezerwuariusz wirusa *polio*. Indyjska delegacja przedstawiła Zgromadzeniu ambitne plany czterokrotnego przeszczepienia w ramach Krajowych Dni Szczepień ponad 130 mln dzieci w wieku do lat 5 między październikiem 1999 r. i styczniem 2000 r. Ponadto przewiduje się dwie dodatkowe rundy szczepień na wiosnę 2000 r., które obejmą tereny największego ryzyka.

Opublikowany przez WHO kalendarz Krajowych Dni Szczepień, realizowanych od maja do października 1999 r. obejmuje: Turcję, Afganistan, Angolę, Zambię, Mozambik, Rwandę, Kongo, Tanzanię, Ugandę i Togo oraz działania mop-up w Egipcie.

Największą z dotychczasowych akcji mop-up obejmujących dom po domu zrealizowano w kwietniu br. w prowincji Sindh w Pakistanie. W ciągu pięciu dni na obszarze wysokiego ryzyka zaszczepiono rekordową liczbę 6,5 mln dzieci, co wg kierownictwa programu ma pozwolić "to corner the virus and have polio knocked out" (zapędzić wirusa do narożnika i znokautować *poliomyelitis*).

Natomiast w Afganistanie Krajowe Dni Szczepień podjęte w maju br. miały na celu dotarcie do nieosiągalnych grup ludności. Nastąpiło porozumienie z rządzącymi Talibami, które umożliwiło przerzuty szczepionki przez linie walczących od lat ugrupowań z wykorzystaniem śniegu w łańcuchu chłodniczym. Poddano szczepieniu 4,3 mln dzieci, które dodatkowo otrzymały dawki uzupełniające witaminy A.

Doniesiono również o akcji mop-up, którą przeprowadzono w północnych guberniach Iraku, objętych konfliktem narodowościowym. Szczepieniom poddano około 0,5 mln dzieci, z których duża część była szczepiona po raz pierwszy.

Natomiast za groźne ostrzeżenie uznano wielką epidemię *poliomyelitis* w Angoli, w której zarejestrowano prawie 900 zachorowań i 58 zgonów. Epidemii wywołało ubiegłoroczne wznowienie działań wojennych, które spowodowały przemieszczenia ludności do przepełnionych slumsów w stolicy kraju Luandzie. Prawie wszystkie zachorowania dotyczyły dzieci w wieku do 5 lat, z których 60% nigdy nie było szczepionych z powodu ustawicznych konfliktów. Rząd Angoli niezwłocznie zareagował podjęciem trzech rund Krajowych Dni Szczepień w czerwcu, lipcu i sierpniu br. Wcześniej Ministerstwo Zdrowia w czasie działań akcyjnych w dniach 17 i 18 kwietnia br. przy współpracy WHO i UNICEF zaszczepiło ponad 900 tys. dzieci w Luandzie i prowincji Benguela. Nasilonie zostały rozmowy między Biurem Pomocy Humanitarnej ONZ, WHO i UNICEF dla ustalenia w jaki sposób dotrzeć do terenów kontrolowanych przez opozycyjną partię UNITA.

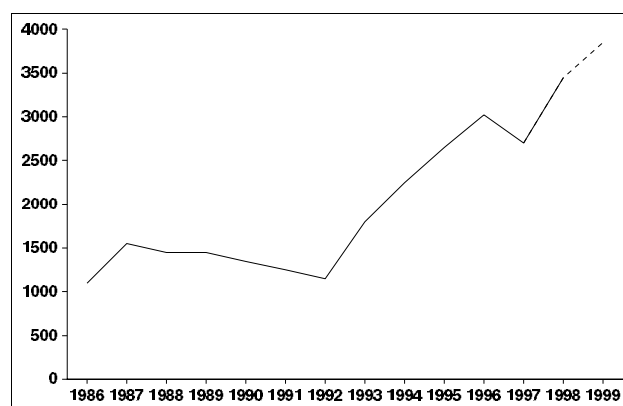
opracowali J.W. Żabicy

Campylobacter w Danii

Campylobacter jest obecnie najczęściej wykrywanym bakteryjnym czynnikiem etiologicznym ostrego zapalenia żołądka i jelit w Danii, przewyższającym liczbę zakażeń pałeczkami *Salmonella*.

Występowanie

Zakażenia *Campylobacter* są rosnącym problemem zarówno w Danii, jak i na arenie międzynarodowej. Rycina 1 przedstawia od 1986 roku dynamikę rocznych liczb zakażeń *Campylobacter*, potwierdzonych laboratoryjnie przez hodowlę drobnoustrojów. Zapadalność w ciągu ostatnich siedmiu lat wzrastała, osiągając 64/100.000 w 1998 r. W ciągu pierwszych tygodni 1999 r. odnotowano wzrost liczby zachorowań o 16% w odniesieniu do tego samego okresu 1998 r. Jeśli tendencja wzrostowa pierwszych 29 tygodni utrzyma się, w 1999 r. można się spodziewać zapadalności wynoszącej 74/100.000.



Ryc.1. Liczba potwierdzonych laboratoryjnie przypadków zakażeń spowodowanych przez *Campylobacter* w Danii w latach 1986-1998. Przepuszczalną liczbę zakażeń w 1999 r. oznaczono linią przerywaną.

Przeważająca część zachorowań to przypadki sporadyczne, chociaż odnotowano również małe ogniska. Między poszczególnymi regionami Danii w 1998 r. występowały znaczące różnice liczb zachorowań: od kilkudziesięciu do ponad czterystu przypadków. Różnice te mogą wynikać z niejednorodnego narażenia, przyzwyczajenia pacjentów i lekarzy oraz ze stosowanej w poszczególnych laboratoriach metodyki diagnostycznej. Wśród przypadków potwierdzonych laboratoryjnie, dzieci i młodzi dorośli stanowią grupę nadreprezentowaną w odniesieniu do innych grup wieku. Nieznana jest przyczyna występowania wysokich współczynników u młodych osób dorosłych, ale można przypuszczać, że wiąże się ona z większym narażeniem na żywność "wysokiego ryzyka" oraz z częstszymi podróżami.

Sposób zakażenia

Campylobacter jest bakterią odzwierzęcą, szeroko rozpowszechnioną w środowisku. Dzięki zwierzęta i ptaki, podobnie jak zwierzęta hodowane w celach konsumpcyjnych, takie jak kurczęta, indyki, bydło i trzoda chlewna, stanowią znaczący rezerwuariusz. Produkty żywnościowe są głównym nośnikiem *Campylobacter* w Danii. Nie określono ilościowego udziału innych znanych przyczyn zachorowań. Do poznanych czynników ryzyka zakażenia *Campylobacter* należą:

- drób poddany niedostatecznej obróbce termicznej (szczególnie kurczęta i indyki),

- mięso z rożna,
- woda pitna złej jakości, posiadająca np. nieprzyjemny zapach lub smak,
- niepasteryzowane mleko,
- podróże zagraniczne,
- codzienny kontakt z młodymi kotami poniżej szóstego miesiąca życia.

Przypuszczalnie istnieją jeszcze inne, nie poznane dotąd źródła i drogi zakażenia. Zakażenie człowieka od człowieka ma miejsce rzadko i w praktyce nie spotyka się zdrowych nosicieli.

Objawy

Tylko na podstawie objawów klinicznych nie można odróżnić zakażeń *Campylobacter* od innych zakaźnych zapaleń żołądka i jelit. Okres wylęgania może wynosić od 1 dnia do 1 tygodnia; zwykle trwa 1 do 3 dni. Przebieg kliniczny jest głównie ograniczony do zapalenia żołądka i jelit, trwającego przez 4 do 5 dni. U ok. 20% chorych objawy mogą się utrzymywać przez okres od 1 do 3 tygodni. U części chorych występuje krwawa biegunka. U mniejszej liczby chorych osób w następstwie ostrego zakażenia może się rozwinąć nawracające zapalenie stawów. Zespół Guillaina-Barrégo (ostre zapalenie wielokorzeniowe) jest poważnym, późnym powikłaniem zakażenia *Campylobacter jejuni*, będącego bardzo częstą przyczyną tego zespołu.

Diagnostyka

Diagnostyka zależy od konwencjonalnej hodowli patogennych bakterii jelitowych z kału. Jeśli pacjent choruje dłużej niż tydzień, w celu zwiększenia szansy diagnozy należy wysłać trzy próbki kału z trzech oddzielnych ruchów jelit. W przypadku zespołu Guillaina-Barrégo lub zapalenia stawów o nieznannej przyczynie, do badania serologicznego powinna być wysłana próba krwi.

Leczenie

Zapalenie żołądka i jelit spowodowane przez *Campylobacter* przebiega zwykle bez powikłań, trwa krótko i ulega samoograniczeniu. Dlatego stosuje się przede wszystkim leczenie objawowe, z ustnym nawadnianiem i przywróceniem do normy gospodarki elektrolitowej. Pacjenci z poważną zasadniczą chorobą lub ci, u których występują silne i/lub przedłużone ataki, są leczeni erytromycyną (500 mg dwa razy dziennie przez pięć dni). Bardziej nowoczesne makrolidy są przypuszczalnie tak skuteczne, jak erytromycyna, ale ogólnie lepiej tolerowane z powodu ich mniejszego wpływu na żołądek i jelita.

Zapobieganie

Ryzyko zakażenia może być ograniczone przez stosowanie właściwej higieny w przygotowywaniu potraw (EPI-NEWS 34/98). *Campylobacter* szybko ginie w temperaturze powyżej 60°C. Ważne jest ponadto mycie rąk po kontakcie ze zwierzętami, w tym hodowlanymi lub domowymi.

Mimo, że w Polsce nie zgłoszono dotąd żadnego ogniska zbiorowych zachorowań o omawianej etiologii, należy liczyć się z istnieniem problemu, dotyczącego inne kraje europejskie.

na podst.: J.Engberg, K.Mølbak, P.Gerner-Smidt "Campylobacter" (EPI-News Denmark, 1999,26-32)

opracowała Anna Przybylska

Rozwój szczepień przeciw *Haemophilus influenzae* typu B w świecie

Haemophilus influenzae typu B (HiB) jest uważany za najczęstszą przyczyną bakteryjnych zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych i drugi najczęstszy czynnik przyczynowy ciężkich bakteryjnych pneumonii. Skuteczność koniugowanych szczepionek przeciw HiB udokumentowano po raz pierwszy w osiemdziesiątych latach i włączono w Płn. Ameryce i Zach. Europie do programów rutynowych szczepień u niemowląt na początku dziewięćdziesiątych lat. Do 1998 r. takie decyzje podjęto w ponad 35 krajach, ostatnio zwłaszcza na terenie Środkowej i Południowej Ameryki. W tym samym roku WHO opublikowała w tej sprawie specjalne rekomendacje.

U podłoża tych rekomendacji zanalizowała się dostępność szczepionki z punktu widzenia mechanizmów finansowania oraz skutki biologiczne inwazyjnych zakażeń HiB pod postacią sepsy i zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych. Na niektórych terenach rozmiary tego zjawiska są dobrze udokumentowane, a w innych prowadzi się badania koordynowane przez WHO. Równocześnie wiadomo, że w krajach rozwijających się największe skutki biologiczne powodują inwazyjne zakażenia HiB przebiegające pod postacią pneumonii. Dotychczasowe badania w Chile i Gambii u szczepionych i nieszczepionych dzieci wykazały, że w tych krajach na każdy przypadek zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych przypada od trzech do pięciu ciężkich zachorowań na pneumonię wywołanych przez *Haemophilus influenzae*. Na kontynencie amerykańskim przewiduje się, że do grudnia 1999 r. szczepieniem przeciwko *Haemophilus influenzae* typu B obejmie się 81% wszystkich noworodków, w tym 75% w Ameryce Łacińskiej i na Karaibach.

W Regionie Wschodnio-Śródziemnomorskim szczepienia przeciw *Haemophilus influenzae* typu B włączono do krajowych programów szczepień w Katarze (1996) i Kuwejcie (1997). We wrześniu 1997 r. miejscowe Biuro Regionalne WHO zorganizowało posiedzenie informacyjne dla oceny rozmiarów zjawiska oraz możliwości wprowadzenia szczepień w innych krajach członkowskich. W następstwie władze Bahrajnu podjęły decyzję o wprowadzeniu szczepień z początkiem 1998 roku, a Oman, Arabia Saudyjska i Zjednoczone Emiraty Arabskie zaplanowały takie przedsięwzięcie na lata 1999-2000. Natomiast władze Syrii postanowiły przeprowadzić w 1999 r. badania pilotażowe na niektórych terenach i systematycznie wprowadzać rutynowe szczepienia na kolejnych obszarach.

Poinformowano o przeprowadzeniu badań nad występowaniem *Haemophilus influenzae* typu B w Polsce i Bułgarii oraz planowaniu takiego przedsięwzięcia w Rosyjskiej Federacji.

na podstawie "WHO/V&B/99.01"
opracował Wojciech Żabicki

adres internetowy: <http://www.medstat.waw.pl>

"Meldunki" opracowuje zespół: Mirosław P. Czarkowski (red.odp.), Ewa Cielebąk, Barbara Kondej, Ewa Stępień - tel. (022) 849-77-02, tel. (022) 849-40-51/7/ w. 210, fax (022) 849-74-84, tlx 816712, e-mail epimeld@medstat.waw.pl.; Jadwiga Żabicka (koment.) - tel. (022) 849-40-51/7/ w. 206.
Kierownictwo naukowe: prof. dr hab. Wiesław Magdzik.